



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DE LAGARTO - DOL

**TAYNARA ADRIELY REIS SILVA**

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DOS INDIVÍDUOS COM  
DEFICIÊNCIA DA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS  
(APAE) DO MUNICÍPIO DE LAGARTO**

LAGARTO - SE

2018

TAYNARA ADRIELY REIS SILVA

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DOS INDIVÍDUOS COM  
DEFICIÊNCIA DA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS  
(APAE) DO MUNICÍPIO DE LAGARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Odontologia da Universidade Federal de  
Sergipe, como requisito parcial para a  
obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Rodrigues de  
Matos

Coorientadora: Profa. Dra. Katharina Morant  
Holanda de Oliveira

LAGARTO - SE

2018

TAYNARA ADRIELY REIS SILVA

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DOS INDIVÍDUOS COM  
DEFICIÊNCIA DA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS  
(APAE) DO MUNICÍPIO DE LAGARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Odontologia da Universidade Federal de  
Sergipe, como requisito parcial para a  
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Rodrigues de  
Matos

Coorientadora: Profa. Dra. Katharina Morant  
Holanda de Oliveira

Trabalho apresentado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

Prof. Dr. Felipe Rodrigues de Matos

Orientador - Departamento de Odontologia de Lagarto - UFS.

\_\_\_\_\_.

Profa. Dra. Katharina Morant Holanda de Oliveira

Coorientadora – Departamento de Odontologia de Lagarto - UFS.

\_\_\_\_\_.

Profa. Me. Ingrede Tatiane Serafim Santana

Departamento de Enfermagem de Lagarto – UFS.

LAGARTO - SE

2018

*A Deus, minha fonte inesgotável de suporte.*

*Aos meus pais, Dóris e Zito, por todo amor e apoio incondicional e por nunca medirem esforços para que eu conseguisse realizar este sonho.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. Felipe Rodrigues de Matos, meu querido orientador, pela paciência e dedicação depositada em mim durante todas as etapas deste trabalho.

À Profa. Dra. Katharina Morant Holanda de Oliveira, pelas contribuições e incentivo.

Aos meus pais, irmãs e sobrinha, por serem minha maior fonte de motivação e amor.

Ao curso de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe, campus Lagarto, na pessoa do coordenador Prof. Dr. Paulo Henrique Luiz de Freitas.

A todos os profissionais e alunos da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Lagarto – SE, pelo carinho e receptividade.

“E ainda que tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria.”

1 Coríntios 13:2

## RESUMO

Deficiência é toda perda ou anormalidade de uma estrutura e/ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. No estado de Sergipe cerca de 25,09% da população tem algum tipo de deficiência. Pessoas com deficiência apresentam maior tendência de apresentar cárie e doença periodontal. O objetivo do presente trabalho foi avaliar a condição de saúde bucal dos indivíduos com deficiência da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) do município de Lagarto, por meio de questionário e exame clínico intrabucal através dos índices de CPO-D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados), Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) e avaliação de traumatismo dentário visível em dentes anteriores. De acordo com os dados obtidos nessa pesquisa, observou-se que a maioria dos indivíduos com deficiência da APAE do município de Lagarto não visitam o cirurgião-dentista com frequência e não tem o hábito de usar o fio dental durante a higienização bucal. O serviço odontológico mais utilizado é o ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O CPO-D médio encontrado foi de 15,08, o que é considerado muito alto, sem diferenças significativas de acordo com a idade. O IHO-S médio foi de 3,4, considerado um nível péssimo de higiene bucal, sem diferenças significativas de acordo com o gênero. A prevalência de traumatismo dental encontrada na APAE foi baixa. Os dados obtidos na pesquisa evidenciam a necessidade do incentivo, ensino de técnicas de higienização e da importância de uma boa manutenção da saúde bucal aos pais, cuidadores e à própria instituição, além da necessidade da implementação de políticas públicas e fomento a estudos voltados à atenção integral desses indivíduos.

**Palavras-chave:** Deficiência, saúde bucal, índice de higiene oral simplificado, traumatismo dentário, CPO-D.

## **ABSTRACT**

Deficiency is any loss or abnormality of a structure, and / or psychological, physiological or anatomical function that generates incapacity for the performance of activity, within the standard considered normal for the human being. In the state of Sergipe about 25.09% of the population has some type of disability. People with disabilities are more likely to have caries and periodontal disease. The objective of the present study was to evaluate the oral health status of individuals with disabilities in the Association of Parents and Friends of the Exceptional (APAE) of the municipality of Lagarto, through a questionnaire and intraoral clinical examination through the DMFT, Lost and sealed), Simplified Oral Hygiene Index (IHO-S) and evaluation of dental trauma visible in anterior teeth. According to the data obtained in this research, we observed that the majority of individuals with APAE deficiency in the municipality of Lagarto do not visit the dental surgeon frequently and are not in the habit of flossing during oral hygiene. The most used dental service is offered by the Unified Health System (SUS). The mean DMFT found was 15.08, which is considered to be very high, with no significant differences according to age. The mean IHO-S was 3.4, considered a poor level of oral hygiene, without significant differences according to gender. The prevalence of dental trauma in the APAE was low. The data obtained in the research evidences the need of the incentive, teaching hygiene techniques and the importance of a good maintenance of oral health to parents, caregivers and to the institution itself, besides the need of the implementation of public policies and fomenting studies focused on attention of these individuals.

**Key words:** Deficiency, oral health, simplified oral hygiene index, dental trauma, DMFT.



## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b>	10
<b>2. Objetivos</b>	12
<b>3. Metodologia</b>	13
<b>4. Resultados e discussão</b>	17
<b>5. Conclusão</b>	24
<b>REFERÊNCIAS</b>	25
<b>APÊNDICE</b>	27
Apêndice A	27
Apêndice B	28
Apêndice C	29
<b>ANEXOS</b>	30
Anexo A	31

## 1. Introdução

O conceito fixado pelo Decreto n.º 3.298/99 considera deficiência toda perda ou anormalidade de uma estrutura e/ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. De acordo com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo decreto 6.949, deficiência é um conceito em evolução. Consiste no resultado da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com os demais (BRASIL, 2009).

Com base nos dados observados no *World Report On Disability*, publicado pela OMS em 2011, mais de um bilhão de pessoas vive com algum tipo de deficiência, representando cerca de 15% da população mundial (WHO, 2011). De acordo com o Censo demográfico de 2010, 45.606.048 brasileiros ou 23,9% da população total do Brasil, tem algum tipo de deficiência - visual, auditiva, física ou intelectual, destes, 25.800.681 (26,5%) são mulheres e 19.805.367 (21,2%) são homens. A Região Nordeste teve a maior taxa de prevalência de pessoas com pelo menos uma das deficiências, de 26,3%. No estado de Sergipe, um total de 518.901 pessoas possui pelo menos uma deficiência, cerca de 25,09% da população total do estado.

Pacientes com deficiência comumente estão associados à piores condições de saúde oral e conseqüentemente, uma pior qualidade de vida em comparação à população em geral. Muitas vezes, apresentam doenças bucais que comprometem seriamente os dentes, levando à sua perda, pois são pessoas que geralmente não têm habilidade para realizar uma higienização bucal satisfatória, e muitas vezes não permitem que outras pessoas realizem a higienização (GIOVANI; MARTINS; MERLIN, 2013).

Devido às limitações física e/ou mental, à dieta alimentar muitas vezes pastosa e rica em carboidratos, à dificuldade de realização da higiene bucal e negligência da mesma por parte dos cuidadores, o acúmulo de biofilme dental é facilitado, fazendo com que as pessoas com deficiência tenham maior tendência de apresentar cárie e doença periodontal (FOURNIOL, 1998). Além da doença cárie e doença periodontal, o traumatismo dental também costuma acometer com

frequência indivíduos com deficiência, uma vez que estes apresentam condições físicas e/ou mentais que poderiam aumentar o índice de fraturas coronárias devido à diminuição do reflexo de defesa (FIROOZMAND; VARGAS; ROCHA, 2007).

Pessoas com deficiência não têm acesso igualitário à assistência médica, educação ou oportunidades de emprego e sofrem exclusão das atividades da vida cotidiana. Após a entrada em vigor da Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas (CDPD), a deficiência é cada vez mais considerada uma questão de direitos humanos (WHO, 2011). A falta de dentistas capacitados e de recursos da família no custeio de tratamentos especializados acaba por contribuir para soluções tardias e invasivas no tratamento odontológico desses pacientes. (BRASIL, 2008). O tratamento mais indicado na assistência odontológica para estes pacientes é a prevenção e o controle da saúde bucal (ABREU; CASTILHO; RESENDE, 2001).

O controle do biofilme é a medida mais direta e abrangente de controle e prevenção da cárie dentária e doenças periodontais (AGUIAR, 2007). A prevenção de doenças bucais dirigidas a pacientes especiais é realizada principalmente, devido ao fato de apresentarem dificuldades psicomotoras que os impossibilitam de manter uma higiene bucal adequada. Diante da possibilidade de se prevenir o surgimento da doença periodontal e da cárie dentária através do controle do biofilme, por ação mecânica de escovas dentais e a utilização de creme dental fluoretado, o desenvolvimento de um programa de educação e prevenção com apoio dos familiares e cuidadores e, quando necessário, a adaptação de escovas dentais individualizadas, são condições geralmente necessárias para a ocorrência e melhora nos cuidados bucais desses pacientes. A assistência odontológica não visa apenas as técnicas odontológicas e sim a integração multiprofissional e familiar, proporcionando às pessoas com deficiência sua integração plena na sociedade (BRITO, 2006).

O presente trabalho de conclusão de curso avaliou a condição de saúde bucal das pessoas com deficiência do município de Lagarto, por meio de questionário, realização do exame clínico intrabucal para avaliar a condição de saúde bucal através do Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D), Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) e da avaliação da presença visível de Trauma Dentário.

## **2. Objetivos**

### **Objetivo geral**

- Avaliar a condição de saúde bucal dos indivíduos com deficiência da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais do município de Lagarto (APAE).

### **Objetivos específicos**

- Determinar a taxa de indivíduos com deficiência que já visitaram o cirurgião-dentista (CD) e a frequência das visitas;
- Avaliar a condição de saúde bucal através do índice de CPO-D;
- Comparar a frequência do CPO-D de acordo com idade e gênero;
- Avaliar a presença de traumatismo dentário visível em dentes anteriores;
- Avaliar a condição de saúde bucal através do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S);
- Comparar o IHO-S entre os gêneros masculino e feminino.

### 3. Metodologia

O presente trabalho foi submetido à plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) HU/UFS sob o nº1.939.425. A pesquisa foi realizada em duas etapas: a primeira etapa consistiu na aplicação de um questionário e a segunda na realização de um exame clínico intrabucal com objetivo de avaliar as condições de saúde bucal dos alunos.

A população-alvo deste estudo foi composta por indivíduos com deficiência, de ambos os sexos, devidamente matriculados na APAE de Lagarto - SE que contribuíram com o exame intrabucal, e que tiveram seus Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além do questionário preenchidos. A idade não foi critério de exclusão. O domínio do princípio bioético da autonomia foi observado e respeitado. Embora as pessoas com deficiência possuam autonomia limitada ou heteronomia diante de suas limitações, sua dignidade não deve ser ignorada. Ou seja, mesmo que não tenham possibilidade de tomar decisões, devem ser respeitados em sua individualidade, levando-se em consideração suas diferenças, mas não com desigualdade. Pacientes menores de 18 anos ou sem o domínio completo da autonomia tiveram seus responsáveis legais convidados a assinar o TCLE. A amostra final corresponde em 34 participantes.

O questionário foi aplicado para determinar a taxa de indivíduos que já visitaram o cirurgião-dentista, suas rotinas de higiene oral e de alimentação, entre outras coisas. Antes de sua aplicação definitiva, o questionário foi submetido a um pré-teste com o propósito de avaliar a compreensão das questões.

O exame clínico da cavidade bucal foi feito nas dependências da APAE de Lagarto - SE com o auxílio de escovas de dente, em local sob iluminação natural, ventilado e próximo de uma fonte de água, estando o aluno e o examinador sentados em cadeiras escolares, conforme mostra a figura 1.



**Figura 1:** realização dos exames intrabucais.

A avaliação da condição de saúde bucal foi realizada através do índice de CPO-D, IHO-S e verificação da presença de fratura coronária em dentes anteriores.

O CPO-D é o índice mais utilizado em levantamento epidemiológico de saúde bucal. Esse índice foi formulado originalmente por Klein e Palmer em 1937.

- CPO-D: Realizado em dentes permanentes, onde C significa cariados, P para perdidos e O para obturados.
- ceo: Realizado em dentes decíduos, onde C para cariados, E para extração indicada e O para obturados.

Os dados obtidos foram anotados em fichas próprias para facilitar a tabulação. Depois de atribuídos os valores, foi realizada uma média aritmética e, de acordo com o resultado, a história da cárie dentária foi avaliada. Para facilitar a compreensão, adaptamos o CPO-d de maneira a considerarmos: CPO-d baixo (até 4,4) e alto (a partir de 4,5). O exame clínico foi realizado em cada criança em uma única sessão. Foi pesquisada a presença ou ausência de cárie e ausências dentárias seguindo uma mesma ordem para o exame dos hemi arcos.

Na avaliação do traumatismo dentário foram considerados os dentes anteriores superiores e inferiores (12, 11, 21, 22, 31, 32, 41 e 42). Observou-se a presença de fratura coronária visível clinicamente, independentemente do terço atingido, em estruturas dentais híidas.

Para a realização do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S), foi utilizada uma solução evidenciadora de placa bacteriana, por meio de bochecho e aplicação

tópica nas superfícies vestibulares e linguais/palatinas de todos os dentes. A solução utilizada é composta de Fucsina Básica 0,7%, álcool 96° e água deionizada, cuja função é de corar a placa bacteriana nos dentes aparentemente limpos, facilitando a localização e visualização da placa bacteriana nas superfícies dentais.

Após o procedimento de evidenciação das superfícies dentais, os dentes foram analisados e classificados com a ajuda de um formulário previamente criado, conforme o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S). Este índice tem dois componentes, Índice de Placa (IP) e Índice de Cálculo (IC). Os dentes pré-selecionados são quantificados de 0 a 3, representando a quantidade de cálculo e placa bacteriana, em que: 0 = superfície sem placa ou cálculo; 1= um terço da superfície recoberta por placa ou cálculo; 2= dois terços da superfície recoberta por placa ou cálculo; 3= toda a superfície recoberta por placa ou cálculo. Depois dos níveis de cálculo e placa serem registrados, calculam-se os valores do Índice. Para cada indivíduo, a pontuação da placa é somada e dividida pelo número de superfícies marcadas. O mesmo método é usado para calcular o índice de cálculo. O IHO-S resulta da soma do IP com IC. O resultado do IHO-S é assim classificado: entre 0 e 1, higiene oral considerada satisfatória; de 1,1 a 2, regular; entre 2,1 e 3, deficiente e maior que 3,1, higiene oral péssima.

Neste índice são observadas as superfícies vestibulares dos elementos 11, 31, 16 e 26 (incisivo central superior direito, incisivo central inferior esquerdo, primeiros molares superiores) e as superfícies linguais dos elementos 36 e 46 (primeiros molares inferiores). Na ausência dos dentes requisitados para o exame, ou caso estivessem cariados ou restaurados, eles foram substituídos pelo dente subsequente. Os primeiros molares foram substituídos pelos segundos ou terceiros molares, e os incisivos centrais pelos mesmos dentes do lado oposto. O índice médio individual só pode ser estabelecido na presença de pelo menos dois elementos, sendo o resultado a soma dos códigos de cada elemento dividida pelo total de dentes examinados.

Os dados obtidos foram analisados e tabulados em planilha eletrônica (Microsoft Excel versão 2013) e posteriormente realizada estatística por meio do software SPSS versão 13.0. Para verificar a associação do CPO-D com a faixa etária e gênero foi utilizado o teste do qui-quadrado e para comparar as médias de

IHOS entre os gêneros dos indivíduos, foi utilizado o teste t de student. Foi considerado nível de significância  $p < 0.05$ .



**Figura 2:** momentos de instrução de higiene bucal.

Concomitantemente à realização dos exames, houve sessões de instrução de higiene oral, onde fizemos uso de macromodelos odontológicos e desenhos para ensinarmos técnicas de escovação e de uso do fio dental aos alunos, seguido de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor em gel com auxílio das escovas de dente previamente disponibilizadas para cada paciente a ser examinado (figura 2). Em síntese, todos os contatos com os alunos da APAE foram realizados por meio de atividades educativas como forma de promover maior integração entre os examinados e o examinador.



#### 4. Resultados e discussão

A população foi constituída por 34 alunos matriculados na APAE do município de Lagarto, portadores de deficiências variadas, dentre elas: deficiência mental 59%, deficiências múltiplas 17,5%, Síndrome de Down 17,5% e deficiência física 6%. Sendo 15 (44%) mulheres e 19 (56%) homens. A média de idade foi de 31,7 anos ( $\pm 11,9$ ), variando de 11 a 55 anos.

Com base nos dados obtidos através do questionário, 31 (91%) dos alunos tem dieta baseada em alimentação sólida enquanto 3 (9%) em alimentação pastosa. Vinte e quatro (71%) não frequentam o dentista regularmente e 30 (88%) procuram atendimento na rede pública, enquanto 4 (12%) na rede privada. Com relação à escovação, 27 (79%) realizam a sua própria escovação, dispensando ajuda ou intervenção de terceiros, enquanto 7 (21%) dependem dos seus responsáveis. A respeito da frequência de escovação, 12 (35%) relataram o hábito de escovar os dentes 2 vezes ao dia e 10 (29%) 3 vezes ao dia. Embora 19 (56%) tenham relatado já ter recebido algum tipo de instrução de higiene bucal, 29 (85%) não tem o hábito de utilizar o fio dental. Em 19 (56%) indivíduos já foi observada a presença de sangramento gengival.

Para facilitar a compreensão, adaptamos o CPO-D de maneira a considerarmos: CPO-D baixo (até 4,4) e alto (a partir de 4,5). E a idade em menor (até 17 anos) e maior (a partir de 18 anos) (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência de dentes cariados, perdidos e obturados de acordo com idade e gênero.

<b>Idade categorizada</b>	<b>Indivíduos</b>	<b>Dentes</b>	<b>C</b>	<b>P</b>	<b>O</b>
Menor	4(12%)	102	9	3	4
Maior	30(88%)	527	57	403	39
<b>Gênero</b>					
Masculino	19(56%)	431	41	151	28
Feminino	15(44%)	198	25	253	15

A tabela 1 divide os resultados de acordo com a idade categorizada e o gênero. De acordo com a idade, nos 4 indivíduos menores de idade, 12% do total da amostra, foi observado durante o exame clínico um número total de 102 dentes presentes na boca, 9 dentes cariados, 3 dentes perdidos e 4 dentes obturados. Nos 30 indivíduos maiores de idade, 88% do total da amostra, foram observados um total de 527 dentes presentes na boca, 57 dentes cariados, 403 dentes perdidos e 39 obturados. De acordo com o gênero, nos 19 (56%) indivíduos do gênero masculino foram encontrados 431 dentes na boca, 41 dentes cariados, 151 dentes perdidos e 28 dentes obturados. Nos 15 (44) indivíduos do gênero feminino foram encontrados 198 dentes presentes na boca, 25 dentes cariados, 253 dentes perdidos e 15 obturados.

Como demonstrado na tabela 2, 2 (50%) dos indivíduos menores de idade possuem CPO-d baixo enquanto outros 2 (50%) possuem CPO-d alto. Nos indivíduos maiores de idade, 6 (20%) possuem CPO-d baixo e outros 24 (80%) possuem CPO-d alto. De acordo com o gênero, no gênero masculino 5 (26%) dos indivíduos tem CPO-d baixo enquanto outros 14 (74%) tem CPO-d alto, ao passo que no gênero feminino, 3 (20%) possuem CPO-d baixo e 12 (80%) possuem CPO-d alto. Não foi observada diferença estatística significativa entre os grupos.

Tabela 2. Distribuição da frequência do CPO-d de acordo com idade e gênero.

<b>Idade categorizada</b>	<b>CPO-d baixo</b>	<b>CPO-d alto</b>
Menor	2 (50%)	2 (50%)
Maior	6 (20%)	24 (80%)
		Valor p= 0,22*
<b>Gênero</b>		
Masculino	5(26%)	14(74%)
Feminino	3(20%)	12(80%)
		Valor p= 0,49*

\*Teste do qui-quadrado

O CPO-d médio encontrado na APAE Lagarto foi de 15,08 ( $\pm 11,46$ ), variando de 0 a 32. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBrazil), trouxe como médias de CPO-d no Brasil, nas faixas etárias próximas a do estudo: de 15 a 19

anos CPO-D médio de 4,25, de 35 a 44 anos CPO-D médio de 16,75. Tendo como média para o Brasil, nessas faixas etárias um CPO-D de 10,5. No Nordeste: de 15 a 19 anos CPO-D médio de 4,53, de 35 a 44 anos 16,6. Tendo como média para o Nordeste, nessas faixas etárias um CPO-D médio de 10,57. Em Aracaju: de 15 a 19 anos 2,59, de 35 a 44 anos 17,26. Tendo como média para Aracaju, nessas faixas etárias um CPO-D médio de 9,92. Com base nesses resultados, podemos observar que a média obtida na APAE se encontra superior às do Brasil, do Nordeste e de Aracaju.

Não apenas no Brasil, mas também em outros países, onde não se dá a devida atenção aos pacientes com necessidades especiais, a história da doença cárie e a quantidade de placa e sangramento gengival são mais elevados nos indivíduos com deficiência do que na média da população (TOMITA; FAGOTE, 1999). A cárie dental, apesar de ter seu índice reduzido nas últimas décadas no nosso país, ainda preocupa profissionais da odontologia, pois apresenta uma elevada prevalência na população, principalmente entre os portadores de necessidades especiais. Esses pacientes apresentam maior prevalência de doença dental e maior número de dentes perdidos, (HADDAD, 2007) fato que foi observado também na nossa pesquisa, de acordo com as médias de CPO-d acima citadas.

Qualidade de vida e saúde geral das pessoas com deficiência estão intimamente relacionadas com a cavidade bucal sadia. As necessidades odontológicas desses pacientes são inúmeras, agravadas pela negligência com que são abordadas pelos familiares e até mesmo pelos profissionais de saúde. Isso se deve ao envolvimento da família com o problema médico, que é considerado prioritário, deixando a saúde bucal para segundo plano (SILVA; CRUZ, 2009). Esse fato foi observado durante o questionário, pois vinte e quatro alunos da APAE (71% da amostra) não frequentam o dentista regularmente, o que demonstra que a saúde bucal não é tratada como prioridade em suas vidas.

Muitos desses indivíduos apresentam dificuldades para deglutir e se alimentar, por isso seus responsáveis acabam por oferecer-lhes uma alimentação mais pastosa e em geral, altamente cariogênica (HADDAD, 2007). Nos achados do estudo, apenas uma minoria dos pacientes (3% do total da amostra) tem uma dieta baseada em alimentação pastosa, enquanto que a grande maioria (97% da amostra) tem dieta baseada em alimentos sólidos.

De acordo com os dados obtidos no questionário, 19 (56%) dos alunos já receberam algum tipo de instrução de higiene bucal. Tomita e Fagote (1999) trouxeram em seu estudo uma realidade encontrada também na nossa pesquisa. Segundo eles, ficou perceptível certa “omissão” dos cirurgiões dentistas no que tange à prevenção em saúde bucal destinada aos pacientes especiais, já que foram poucos os pacientes que aprenderam a escovar os dentes com a orientação de seu dentista e grande parte deles só vai ao consultório depois que apresentam alguma sintomatologia dolorosa.

Vinte e sete (79%) dos pacientes examinados realizam a sua própria escovação, dispensando ajuda ou intervenção de terceiros, enquanto 7 (21%) dependem dos seus responsáveis. Doze (35%) relataram o hábito de escovar os dentes 2 vezes ao dia e 10 (29%) 3 vezes ao dia. Vinte e nove (85%) não tem o hábito de utilizar o fio dental.

Na avaliação de traumatismo dentário, dos 34 pacientes avaliados apenas 3 (9%) deles apresentaram traumatismo dental. Os dentes acometidos foram do grupo dos incisivos superiores, dois pacientes com lesão no elemento 11 e um com lesão no elemento 22. Por conta do N reduzido de pacientes com trauma dentário, não foi possível realizar teste estatístico analítico, apenas descritivo. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBrasil), no Brasil, a prevalência de traumatismo dentário na população em geral é de 20,5%, mostrando que o valor obtido na APAE de Lagarto - SE encontra-se reduzido quando comparado ao âmbito nacional.

O Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) só foi possível de ser realizado em 24 alunos, dado o grande número de perdas dentárias de alguns destes examinados, inviabilizando a realização do índice. Dos 24 pacientes examinados, 15 (62,5%) são do gênero masculino enquanto 9 (37,5%) do gênero feminino (Tabela 3).

**Tabela 3.** Distribuição das médias de IHOS de acordo com o gênero. Lagarto, SE – 2018.

<b>Gênero</b>	<b>n (%)</b>	<b>Média ± desvio-padrão</b>	<b>Intervalo de confiança (95%)</b>	<b>Valor de <math>p^*</math></b>
<b>Masculino</b>	15 (62,5)	3.14± 1.51	2,30 – 3,98	0.42
<b>Feminino</b>	9 (37,5)	3.58± 0.72	3,03 – 4,14	

*\*teste t de student*

A média geral do Índice de Placa (IP) encontrada na APAE do município de Lagarto foi de 1,87, variando de 0,6 a 3. A média geral do Índice de Cálculo (IC), 1,53, variando de 0 a 3. O IHO-S é a soma dos índices de placa e de cálculo, a média de IHO-S encontrada na APAE de Lagarto foi de 3,4, o que é considerado um nível péssimo de higiene bucal. Dos 24 alunos examinados, 6 (25%) apresentaram IHO-S considerado regular, 3 (12,50%) deficiente e 15 (62,50%) apresentaram IHO-S considerado péssimo.

A média do IP encontrada nos indivíduos do gênero masculino foi de 1,82, variando de 0,6 a 3. A média do IC, 1,41, variando de 0 a 3. O IHO-S encontrado nos indivíduos do gênero masculino da APAE foi 3,14, o que considerado péssimo. Dos 15 indivíduos examinados, 5 (33,3%) apresentaram IHO-S considerado regular, 2 (13,3%) deficiente e 8 (53,3%) péssimo.

Por sua vez, a média do IP encontrada nos indivíduos do gênero feminino foi de 1,94, variando de 1 a 2,5. A média do IC foi de 1,73, variando de 1 a 2,1. O IHO-S encontrado nos indivíduos do gênero feminino na APAE foi de 3,58, o que é considerado péssimo. Dos 9 indivíduos do gênero feminino examinados, 1 (11,1%) apresentou IHO-S considerado regular, 1 (11,1%) deficiente e 7 (77,7%) péssimo. Não houve diferença estatística do IHO-S entre os grupos (Tabela 3).

A saúde bucal de pessoas com deficiência tem sido relatada como sendo pior do que o de pessoas sem deficiência, uma vez que não têm cuidados dentários, têm um maior número de dentes cariados não tratados, e têm uma condição periodontal mais grave. Um estado desdentado é, muitas vezes, visto em adultos e idosos com deficiência (LIU, H. et al, 2009). As pessoas com deficiência costumam ter pior

saúde oral e conseqüentemente, pior qualidade de vida em comparação à população em geral. Muitas vezes apresentam doenças bucais que comprometem seriamente os dentes, levando à sua perda (GIOVANI; MARTINS; MERLIN, 2013). Esses estudos corroboram com o presente estudo, no qual foi observado que 15 (62,50%) alunos examinados apresentaram IHO-S considerado péssimo. Fato que foi comprovado também pela grande quantidade de perdas dentais constatadas durante os exames.

O acúmulo de biofilme microbiano nas superfícies limpas dos dentes resulta no desenvolvimento de um processo inflamatório ao redor do tecido gengival. A inflamação local persiste enquanto o biofilme microbiano estiver presente adjacente aos tecidos gengivais e pode se resolver após a remoção metódica do biofilme. A doença gengival induzida pela placa é o resultado de uma interação entre os microrganismos encontrados no biofilme, tecidos e células inflamatórias do hospedeiro (CARRANZA, 2011). Embora a pesquisa realizada não tenha cunho diagnóstico para doenças periodontais, de acordo com o IHO-S pode-se observar a péssima condição de saúde bucal dos alunos examinados, a grande quantidade de biofilme e cálculo dental, fatores que facilitam a instalação e progressão da doença periodontal. A remoção de placa da superfície dental é uma competência que apenas pode ser dominada quando um indivíduo tem destreza para manipular uma escova de dente e pode entender os objetivos da atividade, ou quando o indivíduo que não consegue realizar esta ação por si próprio, recebe os cuidados necessários por parte de seus cuidadores.

Os sérios problemas bucais apresentados pelas pessoas com deficiência podem estar ligados aos fatores sócio-econômico-culturais, ao número insuficiente de profissionais para atendê-los, à falta de motivação dos cuidadores na higienização bucal e à ausência de programas preventivos (ROMANELLI, 2006). Esses problemas devem-se, principalmente, à dificuldade de manutenção de uma rotina de higiene bucal satisfatória, havendo a necessidade de se estabelecerem programas específicos para essa parcela da população (HADDAD, 2007). Um programa de assistência odontológica inserido no paradigma de promoção de saúde deve desenvolver também ações educativas e preventivas, sem limitarem-se às atividades curativas (TOMITA; FAGOTE, 1999). O conhecimento e educação prática de questões relacionadas com a saúde bucal devem ser ensinados a seus pais e

cuidadores nas instituições. Torna-se necessário incentivar, motivar e treinar dentistas e estudantes de odontologia para servir as pessoas com deficiência a oferecer-lhes uma melhor saúde bucal e qualidade de vida (LIU, H. et al, 2009).

Diante das respostas obtidas através do questionário e os exames realizados na APAE, verifica-se que a participação dos pais e responsáveis nos procedimentos de prevenção à cárie e doenças gengivais, como durante a escovação, e o uso do fio dental, é de fundamental importância, pois, observou-se que sozinhos esses alunos examinados não tem conseguido resultados efetivos. Educação e motivação são os melhores auxiliares para se alcançar a mudança e o estabelecimento de hábitos saudáveis.

## 5. Conclusão

De acordo com os dados obtidos nessa pesquisa, observou-se que a maioria dos indivíduos com deficiência da APAE do município de Lagarto não visitam o cirurgião-dentista com frequência e não tem o hábito de usar o fio dental durante a higienização bucal. O serviço odontológico mais utilizado é o ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O CPO-D médio encontrado foi de 15,08, o que é considerado muito alto, sem diferenças significativas de acordo com a idade. O IHO-S médio foi de 3,4, considerado um nível péssimo de higiene bucal, sem diferenças significativas de acordo com o gênero. A prevalência de traumatismo dental encontrada na APAE foi baixa. Os dados obtidos na pesquisa evidenciam a necessidade do incentivo, ensino de técnicas de higienização e da importância de uma boa manutenção da saúde bucal aos pais, cuidadores e à própria instituição, além da necessidade da implementação de políticas públicas e fomento a estudos voltados à atenção integral desses indivíduos.



## 6. Referências

- ABREU, M. H. N. G.; CASTILHO, L. S.; RESENDE, V. L. S. Assistência Odontológica a indivíduos portadores de deficiências: o caso da Associação Mineira de Reabilitação e Escola Estadual “João Moreira Salles”. **Arq Odontologia**, Belo Horizonte, v. 37, n. 2, p. 153-162, abr./jun. 2001.
- AGUIAR, S. M. H. C. A. de; Cariologia Voltada a Pacientes com Necessidades Especiais. In: HADDAD, Aida Sabbagh. **Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais**. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda. 2007.
- BRASIL. **Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde**. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72p.
- BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 21 dez. 1999.
- BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União, Brasília, 26 de agosto de 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010 – Projeto SSB Brasil**. Brasília: Editora MS, 2012.
- BRITO, P. C. **Prevenção e motivação da saúde bucal de pacientes portadores de necessidades especiais**. Associação de Pais e Amigos dos excepcionais. São Paulo, 2006.
- CARRANZA, F. A. et al. **Carranza, periodontia clínica. ed. 11. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.**
- CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>>. Acesso em: 4 agosto 2018.
- FIROOZMAND, L. M.; VARGAS, R. P. S.; ROCHA, J.C. Prevalência de Fratura Dentária em Pacientes Portadores de Necessidades Especiais. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa**, v. 7, n. 2, p. 149–143, 2007.
- FOURNIOL FILHO, A. **Pacientes especiais e a odontologia**. São Paulo: Santos, 1998. 471p
- GIOVANI, E. M; MARTINS, R, B; MERLIN, R. A. Avaliação sobre a atenção com a saúde bucal de pacientes com necessidades especiais. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**. São Paulo, v. 31, n. 4, p. 360-67, jun./ago. 2013.

HADDAD, A. S. **Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais**. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda., 2007. 723p.

LAGARTO. **Estatuto da APAE de Lagarto**, de 04 de Outubro de 2012. Disponível em: <<http://www.apaelagarto.org.br/a-apae/estatuto/>>. Acesso em 4 de agosto de 2018.

LIU, H. et al. Dental caries associated with dietary and toothbrushing habits of 6- to 12-year-old mentally retarded children in Taiwan. **Journal of Dental Sciences**. Taiwan, v.4, n. 2, p. 61-74, 2009.

MORAES, S. N. S.; ARSENIAN, M. B.; TUCCI, R. Avaliação clínica e utilização do índice CPO-D/“ceo-d” em crianças da Escola Municipal José Carlos Porto-Paraty/RJ. **Health Sciences Institute**, vol. 32, n. 3, p. 235-40, 2014.

ROMANELLI, M. **Levantamento epidemiológico das doenças cárie e periodontal em alunos com necessidades especiais das APAE na Região Metropolitana de Curitiba – Paraná**. 2006. 103f. Monografia (Mestrado em Odontologia) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa. 2006.

SILVA, Luis Cândido Pinto da; CRUZ, Roberval de Almeida. **Odontologia para Pacientes com necessidades Especiais: Protocolo para atendimento clínico**. São Paulo: Santos, 2009.190p.

TOMITA, N. E.; FAGOTE, Bruno F . Programa educativo em saúde bucal para pacientes especiais. **Rev Odontologia e Sociedade**, São Paulo-SP, v. 1, n.1/2, p. 45-50, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World report on disability 2011. Geneva: WHO Press, 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)>. Acesso em: 13 jul. de 2018.

## 7. Apêndice

### Apêndice A

---

#### QUESTIONÁRIO

**1. Quantos filhos(as) você tem? / Por quantas pessoas você é responsável?**

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Mais de 3

**2. Tem mais de um filho(a) com deficiência? / É responsável por mais de uma pessoa com deficiência?**

☐ sim ☐ não

**3. Como é alimentação do seu filho(a) / da pessoa pela qual você é responsável?**

☐ Pastosa ☐ Sólida

**4. Seu filho(a) ou a pessoa sob seus cuidados frequenta o dentista regularmente?**

☐ Sim ☐ Não

**5. Caso sim, com qual frequência?**

☐ De 3 meses em 3 meses ☐ De 3 a 6 meses entre as consultas ☐ De 6 meses a 1 ano entre as consultas ☐ Mais de um 1 ano entre as consultas.

**6. Geralmente frequenta o dentista na rede pública ou privada?**

☐ Pública ☐ Privada

**7. Quem realiza a escovação dental?**

☐ Ele(a) mesmo ☐ Você

**8. Se você, seu filho(a) / a pessoa sob seus cuidados contribui ou dificulta a escovação?**

☐ Contribui ☐ Dificulta

**9. Quantas vezes ao dia é feita a escovação?**

☐ Uma vez ☐ Duas vezes ☐ Três vezes ☐ Sempre após as refeições

**10. Faz uso do fio dental?**

---

( ) Sim ( ) Não

**11. Se sim, com que frequência?**

( ) Uma vez ao dia ( ) Duas vezes ao dia ( ) Três vezes ao dia ( ) Sempre após as refeições.

**12. Já receberam instruções de como fazer a higienização bucal de maneira correta?**

( ) Sim ( ) Não

**13. Já notou a presença de sangramento na gengiva alguma vez?**

( ) Sim ( ) Não

**14. Se sim, com que frequência?**

( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Frequentemente ( ) Sempre

**15. Já realizou algum tratamento odontológico?**

( ) Sim ( ) Não

**16. Se sim, qual?**

( ) Extração ( ) Restauração ( ) Canal ( ) Outro \_\_\_\_\_

**17. Como foi a experiência?**

( ) Boa ( ) Regular ( ) Péssima

## Apêndice B

Índice de higiene oral simplificado

ÍNDICE DE PLACA			ÍNDICE DE CÁLCULO		
16V	11V	26V	16V	11V	26V
46L	31V	36L	46L	31V	36L
TOTAL:			TOTAL:		

Algum trauma visível nos dentes 11, 12, 21, 22, 31, 32, 41, 42? \_\_\_\_\_

## Apêndice C

### Identificação

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Nome:

Idade:

Gênero: F( ) M( )

Tipo de deficiência:

Telefone:

Responsável:

#### FICHA DE EXAME CLÍNICO

##### 1. CPO-D/ceo-d

Formulário (parcial) de exame em saúde bucal da OMS (adaptado)

–	–	–	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	–	–	–
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
–	–	–	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	–	–	–

1.	C	P	O	CPO	HIG	c	e	o	ceo	tp

Dentes Permanentes	Elemento de ponte ou coroa especial ra	Dentes Decíduos

Dentes Permanentes	Estado dos dentes	Dentes Decíduos
0	Sadio	A
1	Cariado	B
2	Restaurado, com cárie	C
3	Restaurado, sem cárie	D
4	Extraído, como resultado de cárie	E
5	Extraído, por qualquer outra razão	–
6	Selante	F
7	Elemento de ponte ou coroa especial	G
8	Dente não erupcionado	–
9	Não informado / Dente excluído	–

Fonte: WHO, 1997 (adaptado)

Higiene bucal: ( ) satisfatória ( ) insatisfatória

Locais de acúmulo de placa visível: \_\_\_\_\_

**Apêndice C:** Ficha de exame clínico, de acordo com a OMS, adaptada do trabalho de MORAES (2014).

## 8. Anexos

### Anexo A

<p align="center">UFS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ DA UNIVERSIDADE FEDERAL</p>	
---	---

#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS DA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS (APAE) DO MUNICÍPIO DE LAGARTO

**Pesquisador:** FELIPE RODRIGUES DE MATOS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 60933416.5.0000.5546

**Instituição Proponente:** Programa de Pós Graduação em Ciências Aplicadas a Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.939.425

##### Apresentação do Projeto:

O projeto destina-se a avaliar se o índice CPOD em pacientes portadores de necessidades especiais é maior ou menor que o CPOD do Brasil.

##### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a condição de saúde bucal dos Portadores de Necessidades Especiais (PNE) da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais do município de Lagarto.

Objetivo Secundário:

- Determinar a taxa de indivíduos PNE que já visitaram o cirurgião-dentista (CD);
- Determinar a frequência anual de visitas ao CD;
- Avaliar a condição de saúde bucal através do índice de CPO-d;
- Comparar o índice CPO-d obtido com o índice de Aracaju-SE, do Nordeste e do Brasil;
- Determinar os fatores de risco para doença cárie e periodontal

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos para a saúde dos pacientes.

<b>Endereço:</b> Rua Cláudio Batista s/nº	<b>CEP:</b> 49.060-110
<b>Bairro:</b> Sanatório	
<b>UF:</b> SE	<b>Município:</b> ARACAJU
<b>Telefone:</b> (79)2105-1805	<b>E-mail:</b> cephu@ufs.br

**Benefícios:**

Traçar um perfil do CPOD em pacientes portadores de necessidades especiais e realizar abordagens preventivas e terapêuticas quando necessário.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não se aplicam

**Considerações Finais a critério do CEP:****Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_792363.pdf	15/02/2017 09:08:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	15/02/2017 09:08:05	FELIPE RODRIGUES DE MATOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PIBIC_APAE_2.doc	15/02/2017 09:07:54	FELIPE RODRIGUES DE MATOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	20161005_173301.pdf	06/10/2016 17:01:18	FELIPE RODRIGUES DE MATOS	Aceito
Folha de Rosto	20161005_173422.pdf	06/10/2016 17:00:40	FELIPE RODRIGUES DE	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ARACAJU, 23 de Fevereiro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Anita Herminia Oliveira Souza**  
**(Coordenador)**